

Badanie samooceny kompetencji absolwentów i studentów ostatniego roku kierunku: zdrowie publiczne

Celem badania było uzyskanie informacji na temat samooceny profesjonalnych kompetencji potrzebnych absolwentowi zdrowia publicznego w jego przyszłej pracy zawodowej. Aby osiągnąć założony cel, postawiono następujące pytania badawcze:

1. Jakiego typu instytucje są preferowane w wyborach respondentów jako ich potencjalne miejsce zatrudnienia?
2. Jakiego typu stanowiska w perspektywie 10 lat od ukończenia studiów są preferowane w wyborach respondentów?
3. Jakie role zawodowe są preferowane w wyborach respondentów?
4. W których z profesjonalnych kompetencji absolwenci zdrowia publicznego oceniają się najwyżej?
5. Czy, zdaniem absolwentów zdrowia publicznego, studia rozwinęły w najwyższym stopniu któreś z profesjonalnych kompetencji?

Metoda

Założenia metodologiczne

Samoocena to postawa wobec samego siebie, zwłaszcza wobec własnych możliwości, zdolności oraz cech wartościowych społecznie. Poziom samooceny jest wypadkową dwóch czynników: 1) dotychczasowych efektów, powodzeń lub niepowodzeń w podejmowanych działaniach, 2) standardów poznawczych pełniących rolę układu odniesienia w postaci ideałów, wzorców osobowych i oczekiwań innych osób. Samoocena polega na ustosunkowaniu się do postrzeganych własnych cech i na ich wartościowaniu. Tak więc samoocena stanowi oceniająco-wartościujący komponent pojęcia o samym sobie. W psychologii przez sa-

moocenie rozumie się zespół sądów i opinii, które jednostka odnosi do własnej osoby. Te sądy i opinie dotyczą właściwości fizycznych, psychicznych, społecznych i innych. Samoocena przejawia się w działaniu. Od tego, jak człowiek postrzega i ocenia samego siebie, zależy sposób jego reagowania na zadania, charakter stosunków międzyludzkich, efektywność działania. Samoocena reguluje zachowanie człowieka w taki sposób, aby było ono zgodne z obrazem samego siebie (Reykowski). Samoocena determinuje sposób i efektywność funkcjonowania człowieka w różnych rolach społecznych, w tym także w roli zawodowej.

Przedmiotem badania było zebranie informacji na temat ocen własnych profesjonalnych kompetencji postrzeganych przez absolwentów i studentów ostatniego roku zdrowia publicznego. Inaczej mówiąc – był to pomiar przekonań absolwentów i studentów zdrowia publicznego dotyczący własnej profesjonalnej samoskuteczności (Bandura 1986). Bandura rozumie profesjonalną samoskuteczność jako przekonanie do własnych zdolności działania w określonej roli zawodowej. Ocena własnej skuteczności, świadomość i ocenianie swoich mocnych i słabych stron mają istotne znaczenie w manifestowaniu swoich umiejętności w konkretnym działaniu. Bandura określił samoocenianie (*self-evaluation*) jako pewnego rodzaju proces samorefleksji. Samoocenianie odnosi się do oceny swojej wiedzy, zdolności i umiejętności oraz przewidywanych efektów swojego działania w konkretnej sytuacji. Samoocenianie polega na porównywaniu informacji o sobie z otrzymywanym społecznym *feed-backiem*, czyli informacjami zwrotnymi, które informują o społecznych oczekiwaniach i wymaganiach oraz o osiągnięciach innych w danym działaniu.

Profesjonalne kompetencje można mierzyć bezpośrednio lub pośrednio. W pomiarze bezpośrednim osoba badana pokazuje poziom opanowania danej kompetencji na podstawie swojego konkretnego działania, wykonania określonego zadania. W pomiarze pośrednim osoba badana sama deklaruje ocenę poziomu posiadanych przez siebie kompetencji. W tego typu pomiarze osoba badana jest proszona o podanie odpowiedzi odnoszącej się do jej opinii, oceny swoich własnych kompetencji. Respondenci są proszeni o podanie oceny, w jakim stopniu postrzegają poziom wymaganych kompetencji. W pomiarze pośrednim nie jest mierzona aktualnie przejawiana w konkretnym działaniu kompetencja, lecz jej przekonanie o posiadanej kompetencji.

Pośredni pomiar kompetencji w formie samooceny posiada dużo walorów praktycznych. W porównaniu z pomiarem bezpośrednim – jest dużo wygodniejszą i tańszą strategią, oszczędza czas i dzięki możliwości przeprowadzenia badania w formie kwestionariusza można go przeprowadzić na zdecydowanie większej liczbie badanych w stosunkowo krótkim czasie. Jednak jednym z poważnych problemów pomiaru kompetencji jako samooceny jest ryzyko braku adekwatności, czyli braku zgodności między subiektywnymi przekonaniami dotyczącymi własnych kompetencji a poziomem przejawiania kompetencji w pomiarze bezpośrednim. Może występować duża rozbieżność pomiędzy kompetencjami, które jednostka ma rzeczywiście i przejawia je w konkretnym działaniu i sytuacji, a tym, jak je postrzega i subiektywnie ocenia. Istnieje ryzy-

ko rozbieżności między ocenami własnych kompetencji a poziomem ich przejawiania w konkretnych sytuacjach i działaniach.

Opis narzędzia

Do zebrania informacji na temat postrzeganej oceny swoich kompetencji przez absolwentów i studentów ostatniego roku zdrowia publicznego zastosowano metodę sondażu. Badania zrealizowane zostały na podstawie ankiety. Aby zebrać materiał empiryczny dotyczący badanego problemu, opracowano kwestionariusz samooceny. Respondentom przedstawiono listę stwierdzeń określających badane kompetencje i poproszono o wpisanie wartości odzwierciedlającej stopień, w jakim się zgadzają, że posiadają daną kompetencję, gdzie 5 oznaczało „zdecydowanie się zgadzam”, a 1 oznaczało „zdecydowanie się nie zgadzam”.

Do zbadania samooceny profesjonalnych kompetencji wymaganych i oczekiwanych przez pracodawców zastosowano kwestionariusz. Kwestionariusz zawierał pytania-stwierdzenia dotyczące samoopisu własnych kompetencji odnoszących się do wiedzy, nastawienia wyrażone w formie „wiem”, „jestem świadomy” lub w formie „potrafię”, odnoszące się do przekonania o własnej skuteczności, zdolności, umiejętności. Respondenci byli proszeni o ocenienie się pod kątem wymienionych kompetencji na 5-stopniowej skali. Kwestionariusz był samodzielnie wypełniany przez studentów ostatniego roku oraz absolwentów zdrowia publicznego i nosił tytuł: „SAMOOCENA PROFESJONALNYCH KOMPETENCJI ABSOLWENTÓW ZDROWIA PUBLICZNEGO”. W nagłówku umieszczono nazwy i symbole Instytutu Europejskiego Programu Leonardo da Vinci.

Na pierwszej stronie kwestionariusza zaprojektowano identyfikator i miejsce na jego zakodowanie, wyjaśniono cel badania oraz zamieszczono instrukcję wypełniania kwestionariusza. W części „metryczkowej” kwestionariusza znajdowały się pytania zbierające informacje dotyczące respondentów.

Temu celowi służyło 5 pytań:

- 1) pytanie dotyczące określenia płci,
- 2) pytanie o rok urodzenia,
- 3) pytanie półotwarte dotyczące określenia swojego statusu,
- 4) pytanie półotwarte, dotyczące dyscypliny z obszaru zdrowia publicznego najbardziej związanej z tematyką pracy magisterskiej,
- 5) pytanie otwarte dotyczące instytucji, w której respondent odbywał praktyki studenckie.

Część zasadniczą dotyczącą badanej problematyki rozpoczynały pytania półotwarte, w których proszono, aby respondent dokonał trzech kolejnych wyborów pod kątem swoich preferencji. Proszono respondentów o dokonanie wyboru:

- 1) rodzaju instytucji, w których chcieliby pracować,
- 2) stanowiska, na którym chcieliby być zatrudnieni w perspektywie 10 lat,
- 3) ról zawodowych, które chcieliby realizować.

Następnie umieszczono instrukcję dotyczącą sposobu udzielania i zapisywania odpowiedzi na pytania dotyczące oceny własnych profesjonalnych kompetencji.

Pytania dotyczące oceny tych kompetencji zostały przedstawione w formie tabelarycznej. Tabela zawierała listę 40 pytań-stwierdzeń odnoszących się do badanych kompetencji. Respondent oceniał stopień, w jakim zgadzał się, że reprezentuje poszczególne kompetencje oraz stopień, w jakim studia zdrowia publicznego rozwinęły badane kompetencje. Do pomiaru różnic pomiędzy samooceną respondentów w poszczególnych kompetencjach zastosowano 5-stopniową dwustronną skalę Likerta. Każdej z kompetencji respondenci przypisywali wartości od 1 do 5, według następującego klucza: 1 jako zdecydowanie się nie zgadzam, 2 jako nie zgadzam się, 3 jako trudno mi powiedzieć, 4 jako zgadzam się, 5 jako zdecydowanie się zgadzam. Natomiast do pomiaru różnic między ocenami stopnia, w jaki sposób studia rozwinęły poszczególne kompetencje, zastosowano 5-stopniową skalę oceny jednostronnie rosnącą. Każdej z kompetencji respondenci przypisywali wartości od 1 do 5, według następującego klucza: 1 jako bardzo słabo, 2 jako słabo, 3 jako średnio, 4 jako silnie, 5 jako bardzo silnie.

Bibliografia

1. Babbie E., *Badania społeczne w praktyce*, Warszawa 2003.
2. Bandura A., *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*, NJ, Prentice Hall 1986.
3. Gruszczyński L.A., *Kwestionariusz w socjologii*, Katowice 2003.
4. Frankfurt-Nachmias Ch., Nachmias D., *Metody badawcze w naukach społecznych*, Poznań 2001.
5. Reykowski J., *Obraz własnej osoby*.
6. Shaughnessy J., Zechmeister E.B., Zechmeister J.S., *Metody badawcze w psychologii*, Gdańsk 2002.